



POWIAT  
KIELECKI



Świętokrzyskie Centrum  
Matki i Noworodka  
Szpital Specjalistyczny w Kielcach

25-371 Kielce ul. Prosta 30

tel. 41 2013 800 tel. sekretariat: 41 2013 802 fax: 41 2013 999

[szpitalprosta.pl](mailto:szpitalprosta.pl) e-mail: [szpital@szpgin.kielce.pl](mailto:szpital@szpgin.kielce.pl)

NIP: 657-17-41-141 REGON: 290503911 KRS: 0000125437

Bank Pekao S.A. 69 1240 4416 1111 0000 4963 3393

Kielce 06.05.2021r.

**Znak sprawy: SAG ZPO-06/2021**

W korespondencji kierowanej do Zamawiającego należy posługiwać się tym znakiem

### **ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA OFERT**

W postępowaniu prowadzonym w związku z art. 2ust. 1 pkt. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych (Dz. U z 2019 r. poz. 2019 ze zm.) na: „**zakup i dostawę odczynników do badań prenatalnych**”

**I. Zamawiający:**

Świętokrzyskie Centrum Matki i Noworodka – Szpital Specjalistyczny w Kielcach  
ul. Prosta 30, 25-371 Kielce

**II. Opis przedmiotu zamówienia:** Przedmiotem zaproszenia do składania ofert jest zakup i dostawa do Medycznego Laboratorium Diagnostycznego w Świętokrzyskim Centrum matki i Noworodka - Szpitalu Specjalistycznym w Kielcach odczynników do badań prenatalnych do aparatu DelfiaXpress 6000 Immunoanalyzer.

**Zadanie nr 1** – Odczynniki do aparatu DelfiaXpress 6000 Immunoanalyzer

**Zadanie nr 2** – Kontrola oraz kontrola zewnętrzna do badań prenatalnych (pierwszy i drugi trymestr).

1. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia wraz z określeniem asortymentu, ilości oraz wymagań wchodzących w zakres przedmiotu poszczególnych części zamówienia znajduje się w zestawieniu asortymentowo-cenowym przedmiotu zamówienia, który został dołączony jako Załącznik Nr 2 do zaproszenia do składania ofert.

2. Informacje w zakresie zasad realizacji dostaw, wynagrodzenia itp. określa wzór umowy stanowiący Załącznik nr 3 do Zaproszenia do składania ofert.

3. Zamawiający zastrzega sobie prawo unieważnienia zaproszenia do składania ofert bez podawania przyczyny.

**III. Wykaz wymaganych dokumentów, które stanowią kompletną ofertę**

1. Oferta cenowa – Załącznik nr 1 do Zaproszenia do składania ofert.

2. Oferta asortymentowo-cenowa - Załącznik nr 2 do Zaproszenia do składania ofert

3. Oświadczenie/projekt umowy – Załącznik nr 3 do Zaproszenia do składania ofert zaakceptowany przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy.

4. Aktualny odpis z lub informacja z Krajowego Rejestru Sądowego lub Ewidencji Działalności Gospodarczej lub innego właściwego rejestru w celu potwierdzenia zdolności do występowania w obrocie gospodarczym.

4. Pełnomocnictwo – do reprezentowania Wykonawcy w zaproszeniu do składania ofert i zawarciu umowy, jeżeli osoba reprezentująca Wykonawcę w postępowaniu o udzielenie zamówienia jest wskazana do reprezentacji we właściwym rejestrze lub centralnej ewidencji działalności gospodarczej.

5. Dokumenty potwierdzające dopuszczenie przedmiotu zamówienia do obrotu i stosowania w Polsce zgodnie z obowiązującymi Dyrektywami UE i zgodnie z wymaganiami Ustawy dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (tj. Dz.U.



POWIAT  
KIELECKI



# Świętokrzyskie Centrum Matki i Noworodka

## Szpital Specjalistyczny w Kielcach

25-371 Kielce ul. Prosta 30

tel. 41 2013 800 tel. sekretariat: 41 2013 802 fax: 41 2013 999

[szpitalprosta.pl](mailto:szpitalprosta.pl) e-mail: [szpital@szpgin.kielce.pl](mailto:szpital@szpgin.kielce.pl)

NIP: 657-17-41-141 REGON: 290503911 KRS: 0000125437

Bank Pekao S.A. 69 1240 4416 1111 0000 4963 3393

2020.186 ze zm.) w szczególności:

a) Certyfikat CE i/lub Deklarację zgodności,

b) Dokument potwierdzający zgłoszenie i/lub wpis do Rejestru wyrobów medycznych i podmiotów odpowiedzialnych za ich wprowadzenie do obrotu i do używania (dotyczy wyrobów objętych obowiązkiem zgłoszenia/wpisu do ww. rejestru, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami).

**UWAGA!** Jeżeli zgodnie z obowiązującymi przepisami oferowane w przetargu wyroby nie wymagają posiadania któregoś z ww. dokumentów – **Wykonawca składa stosowne oświadczenie z zaznaczeniem, której pozycji ono dotyczy.**

#### IV. Termin realizacji zamówienia

Sukcesywna dostawa w terminie 12 miesięcy od daty zawarcia umowy.

#### V. Termin płatności:

Przelew – 30 dni

##### Kryterium oceny oferty:

1. Wybór oferty zostanie dokonany na podstawie kryterium:

**CENA – 100%**

**Zamawiający do realizacji zamówienia wybierze ofertę Wykonawcy, który zaproponuje najniższą cenę**

#### VI. KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Świętokrzyskie Centrum Matki i Noworodka – Szpital Specjalistyczny w Kielcach ul. Prosta 30, 25-371 Kielce.**

2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie Zaproszenia do składania ofert;

3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o Ustawę o dostępie do informacji publicznych (tj. Dz.U. 2018 poz. 1330).

4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;

5. W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;

6. Posiada Pani/Pan:

– na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana



POWIAT  
KIELECKI



# Świętokrzyskie Centrum Matki i Noworodka

## Szpital Specjalistyczny w Kielcach

25-371 Kielce ul. Prosta 30

tel. 41 2013 800 tel. sekretariat: 41 2013 802 fax: 41 2013 999

[szpitalprosta.pl](http://szpitalprosta.pl) e-mail: [szpital@szpgin.kielce.pl](mailto:szpital@szpgin.kielce.pl)

NIP: 657-17-41-141 REGON: 290503911 KRS: 0000125437

Bank Pekao S.A. 69 1240 4416 1111 0000 4963 3393

dotyczących;

- na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych;
- na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO;

- prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;

7. Nie przysługuje Pani/Panu:

- w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;

- prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;

- na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

### VII. Faktury elektroniczne

Zgodnie z treścią art. 4 ust. 3 z dnia 9 listopada 2018r „o elektronicznym fakturowaniu w zamówieniach publicznych, koncesjach na roboty budowlane lub usługi oraz partnerstwie publiczno-prywatnym (Dz.U. z 2018r. poz. 2191) Zamawiający wyłącza stosowanie ustrukturyzowanych faktur elektronicznych do przedmiotowego zamówienia

### VIII. Osoba upoważniona do kontaktów

Anita Cieślik

Sekcja Zamówień Publicznych

tel. 41/20-13-815

mail: [a.cieslik@szpitalprosta.pl](mailto:a.cieslik@szpitalprosta.pl)

### IX. Adres do korespondencji

Świętokrzyskie Centrum Matki i Noworodka

- Szpital Specjalistyczny w Kielcach

ul. Prosta 40

25-371 Kielce

Strona internetowa na której zamieszczono zaproszenie do składania ofert:

**[www.szpgin.kielce.pl](http://www.szpgin.kielce.pl)**

### X. Składanie ofert

1. Ofertę w postaci papierowej należy złożyć siedzibie Zamawiającego (Sekretariat Szpitala) na adres wskazany powyżej z dopiskiem: **zakup i dostawa odczynników prenatalnych. Znak sprawy ZPO-06/2021.** Na odwrocie koperty należy podać nazwę i adres Wykonawcy składającego ofertę.

2. Ofertę w formie elektronicznej należy przesłać na adres [a.cieslik@szpitalprosta.pl](mailto:a.cieslik@szpitalprosta.pl)



POWIAT  
KIELECKI



# Świętokrzyskie Centrum Matki i Noworodka

## Szpital Specjalistyczny w Kielcach

25-371 Kielce ul. Prosta 30

tel. 41 2013 800 tel. sekretariat: 41 2013 802 fax: 41 2013 999

[szpitalprosta.pl](http://szpitalprosta.pl) e-mail: [szpital@szpgin.kielce.pl](mailto:szpital@szpgin.kielce.pl)

NIP: 657-17-41-141 REGON: 290503911 KRS: 0000125437

Bank Pekao S.A. 69 1240 4416 1111 0000 4963 3393

w postaci papierowej należy złożyć siedzibie Zamawiającego (Sekretariat Szpitala) z dopiskiem „Oferta na dostawę gazów medycznych”.

**3.** Oferta winna być podpisana przez osobę/y upoważnione do reprezentowania Wykonawcy.

**4. Ofertę w postaci elektronicznej lub papierowej należy złożyć do dnia 14.05.2021r. do godz. 10:00.**

**5.** Oferty niekompletne lub niepodpisane jak również oferty, które wpłyną po terminie składania ofert nie będą rozpatrywane.

**6.** Informację o wyborze Wykonawcy i udzieleniu zamówienia Zamawiający zamieści na stronie internetowej [www.szpgin.kielce.pl](http://www.szpgin.kielce.pl).

Zatwierdzam  
dr inż. Rafał Szpak  
Dyrektor